

Czerwenka, Kurt

Unkonzentriert, aggressiv und hyperaktiv. Wer kann helfen?

Zeitschrift für Pädagogik 39 (1993) 5, S. 721-744



Quellenangabe/ Reference:

Czerwenka, Kurt: Unkonzentriert, aggressiv und hyperaktiv. Wer kann helfen? - In: Zeitschrift für Pädagogik 39 (1993) 5, S. 721-744 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-112395 - DOI: 10.25656/01:11239

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-112395>

<https://doi.org/10.25656/01:11239>

in Kooperation mit / in cooperation with:

BELTZ JUVENTA

<http://www.juventa.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Zeitschrift für Pädagogik

Jahrgang 39 – Heft 5 – September 1993

Thema: Aggressivität und Gewalt

- 717 ACHIM LESCHINKSY
Gewalt von Jugendlichen – Einführung in den Themenschwerpunkt
- 721 KURT CZERWENKA
Unkonzentriert, aggressiv und hyperaktiv. Wer kann helfen?
- 745 HARRY DETTENBORN/ERWIN LAUTSCH
Aggression in der Schule aus der Schülerperspektive
- 775 GABRIELE NIEBEL/REINER HANEWINKEL/ROMAN FERSTL
Gewalt und Aggression in schleswig-holsteinischen Schulen
- 799 KAI UWE SCHNABEL
Ausländerfeindlichkeit bei Jugendlichen in Deutschland –
eine Synopse empirischer Befunde seit 1990

Diskussion

- 825 JÖRG RAMSEGER
Unterricht zwischen Instruktion und Eigenerfahrung
- 837 HERWART KEMPER
Praktisches Lernen als Beitrag zur Bildungsreform
- 857 KARL FRANZ GÖSTEMEYER
Pädagogik nach der Moderne? Vom kritischen Umgang mit
Pluralismus und Dogmatismus

Besprechungen

- 873 HANS-ULRICH MUSOLFF
*Hermann J. Forneck: Moderne und Bildung. Modernitätstheoretische
Studie zur sozialwissenschaftlichen Reformulierung allgemeiner
Bildung*

Franz Grubauer et al. (Hrsg.): Subjektivität – Bildung – Reproduktion. Perspektiven einer kritischen Bildungstheorie

Bruno Nieser: Aufklärung und Bildung. Studien zur Entstehung und gesellschaftlichen Bedeutung von Bildungskonzeptionen in Frankreich und Deutschland im Jahrhundert der Aufklärung

879 HERBERT ZDARZIL

Werner Wiater (Hrsg.): Mit Bildung Politik machen. Autobiographisches zum schwierigen Verhältnis von Bildungspolitik und Pädagogik

882 KLAUS PRANGE

Bernhard Koring: Grundprobleme pädagogischer Berufstätigkeit. Eine Einführung für Studierende

Dokumentation

887 Pädagogische Neuerscheinungen

Contents

Topic: Aggressiveness and Violence

- 717 ACHIM LESCHINSKY
Violence of young persons – An Introduction
- 721 KURT CZERWENKA
Distracted, Aggressive, Hyperactive. Who is able to help?
- 745 HARRY DETTENBORN/ERWIN LAUTSCH
Students' Attitude to Aggression in School
- 775 GABRIELE NIEBEL/REINER HANEWINKEL/ROMAN FERSTL
Violence and Aggression in Schools in Schleswig-Holstein
- 799 KAI UWE SCHNABEL
Hostility to Foreigners Among German Youth – A synopsis
of empirical results from 1990 onward

Discussion

- 825 JÖRG RAMSEGER
Schooling between Instruction and Personal Experience
- 837 HERWART KEMPER
Practical Learning – A Contribution to Educational Reform
- 857 KARL FRANZ GÖSTEMEYER
Post-Modern Pedagogics? The critical approach to pluralism and
dogmatism

Reviews

873

Documentation

- 887 Recent Pedagogical Publications

Unkonzentriert, aggressiv und hyperaktiv. Wer kann helfen?

Zusammenfassung

In den Problemen der Schule und des Unterrichts nehmen mangelnde Konzentration, fehlende motorische Kontrolle und sozial-aggressive Verhaltensweisen von Schülern einen hohen Stellenwert ein. Der Beitrag versucht, die einzelnen Symptome sowohl historisch wie systematisch zu erfassen und in eine einheitliche Begrifflichkeit zu führen. Pädagogik, Medizin und Psychologie, als tangierte Fachdisziplinen, analysieren den Problembereich unterschiedlich und propagieren unterschiedliche Begegnungsmöglichkeiten. Jede Fachdisziplin erfährt dabei ihre eigene Grenze in Sichtweise und Begegnungsform. Eine Zusammenschau stellt die Unterschiede, aber auch Integrationsmöglichkeiten heraus. In einem abschließenden Kapitel werden Überlegungen zu einer besseren Kooperation der einzelnen Bereiche angestellt.

Einleitung: Symptombeschreibung

Die Symptome scheinen sich zu wiederholen. Immer wieder und offenbar zunehmend wird von Eltern und Lehrern über Kinder berichtet, die sich nicht konzentrieren können, übermäßig aktiv, manchmal bis zur Tätlichkeit gegenüber anderen auftreten, die soziale Regeln nicht einhalten, leicht frustriert sind und die erforderlichen Leistungen nicht erbringen. GRÜNEWALD-ZUBERBIER stellte bereits 1975 eine Klassifikation der in der Literatur am häufigsten verwendeten klinisch-psychologischen Verhaltensbeschreibungen dieses Symptoms zusammen. Dabei kam sie zu folgender Einteilung:

- Bewegungsaktivität (unruhig, zappelig)
- Aufmerksamkeit (unaufmerksam, unkonzentriert, ablenkbar)
- Verhaltenskontrolle (unkontrolliert, impulsiv, enthemmt)
- Reizorientierung (reizabhängig, überreagibel)
- Affektivität (emotional-labil, Affektausbrüche, unberechenbar)
- Aggressivität (sozial-aggressiv)

Trotzdem bleiben bei der Diagnose von unkonzentrierten und hyperaktiven Kindern eine Menge Unklarheiten. Entsprechen die heutigen Erscheinungsformen denen des berühmten „Zappelphilipp“ von HEINRICH HOFFMANN? Oder sind unsere heutige Medienwelt, unsere veränderte Ernährungsweise, unsere Umweltbelastungen oder aber auch eine geringere Säuglings- und Kindersterblichkeit, die auch angeborene Schwächen stärker hervortreten lassen, dafür verantwortlich, daß das „hyperkinetische“ Syndrom (HKS) offensichtlich an Bedeutung und Auftretenshäufigkeit zunimmt?

Betrachtet man die diagnostischen Zuordnungen, die sich auf solche oder

ähnliche Leistungsstörungen von Kindern beziehen, erkennt man die bereits lange Geschichte diagnostischer Bemühungen und auch die große Anzahl von Synonyma bzw. Teilsynonyma: Wortblindheit (KUSSMAUL 1877), Developmental alexia (JACKSON 1906), Dyslexia, Dyskalkulia, Dysphasie, Hyperkinetic syndrome (BRADLEY 1930), Minimal brain damage (STRAUSS/WERNER 1941), Minimal cerebral dysfunction (1960), Frühkindliches exogenes Psychosyndrom (LEMPF 1964), Attention deficit disorder (1970), Teilleistungsstörung (GRAICHEN 1972), Hyperkinetic syndrome (WENDER 1972), (Literaturangaben bei SPIEL/ZSIFKOVITS 1991, S. 121f.). Darunter finden sich psychopathologisch deskriptive Beschreibungen mit einem Bezug zu einer bestimmten Ätiologie, wie Minimal brain damage oder frühkindliches exogenes Psychosyndrom. Rein psychopathologische Benennungen wie Hyperkinetic Syndrome oder Attention Deficit Disorder sind neben diagnostischen Beschreibungen, die Störungen einzelner oder mehrerer kognitiver Funktionen nennen, wie Minimale Cerebrale Dysfunktion, Learning Disabilities oder Teilleistungsstörungen anzutreffen.

SPIEL/ZSIFKOVITS (1991) treiben die diagnostische Differenzierung noch ein Stück weiter, indem sie fragen, ob Aufmerksamkeit und Konzentration überhaupt als einheitliche psychische Fähigkeitsdimensionen zu begreifen sind. Denn es können unterschiedliche Aspekte von Aufmerksamkeit und Konzentration erfaßt werden, vor allem unter der Annahme, daß Aufmerksamkeit an Perception gebunden ist. So weisen die beiden Autoren nach, daß sich Aufmerksamkeit-Konzentrationsleistungen abhängig von den jeweiligen Wahrnehmungsarten (z. B. akustisch, optisch) erweisen (ebd., S. 121ff.). Es zeigt sich, daß Aufmerksamkeit und Konzentration ein Bündel von Leistungen darstellen, die mit anderen psychischen Dimensionen in nicht zu vernachlässigender Relation stehen.

Eine neuere epidemiologische Studie der Kinderpsychiatrie Mannheim an 8 bis 13 Jahre alten Kindern hat den vermuteten Zusammenhang von cerebraler Dysfunktion und Verhaltensauffälligkeiten im Sinne einer Hyperaktivität weitgehend widerlegt. Cerebrale Dysfunktion und Verhaltensstörung ließen sich in den meisten Fällen unabhängig voneinander erfassen. Auch bei einer Ausdehnung der Diagnose auf die neurophysiologische und neuropsychologische Ebene konnte Hyperaktivität nur in seltenen Fällen mit leichten Hirnschäden in Zusammenhang gebracht werden (ROTHENBERGER 1988, S. 6). Damit wanken auch die lange Zeit vertretenen ätiologischen Hypothesen der Aufmerksamkeitsprobleme von Kindern. Die Folge derartiger Unsicherheiten war eine stärkere Konzentration auf die rein sichtbaren Verhaltensphänomene und eine Differenzierung derselben (GRÜNEWALD-ZUBERBIER). So wurden die Kernsymptome der exzessiven grobmotorischen Unruhe und die kurze Aufmerksamkeitsspanne bei Hyperaktiven herausgestellt. Daneben traten häufig Aggressivität und Affektlabilität auf. Aus dieser verhaltensbezogenen Forschungsrichtung entwickelte sich beispielsweise ein Eltern-Lehrer-Fragebogen, der unter den Ratingverfahren heute am weitaus meisten verbreitet ist und befriedigende Reliabilitäts- und Validitätsmaße vorweist (BROCKE 1984, S. 226).

STEINHAUSEN (1982, S. 13 ff.) weist darauf hin, daß das Hyperkinetische Syndrom (HKS) in drei Untergruppen gegliedert werden kann, in eine HKS mit

Störungen von Aktivität und Aufmerksamkeit, ein HKS mit Entwicklungsrückständen und ein HKS mit Störungen des Sozialverhaltens. Das US-amerikanische Klassifikationssystem der American Psychiatric Association hat in seiner neuesten Fassung den Begriff des HKS zugunsten der sogenannten Aufmerksamkeitsdefizitstörung „ADD“ („attentional deficit disorder“) aufgegeben. Damit wird überhaupt nicht mehr auf neurologische Störungen rekurriert. Gleichzeitig wird deutlich, daß der Syndromcharakter der Störung uneinheitlich ist. Auch zeigten sich urteilerabhängige Einschätzungen der Störungen, je nachdem ob Eltern, Lehrer, Psychologen oder Psychiater die Beurteilenden waren. Andere Studien legen eine Unterscheidung von Hyperaktivität mit und ohne Aggressivität nahe.

Trotzdem analysiert STEINHAUSEN (1982) anhand unterschiedlicher Literatur, daß HKS offensichtlich ein zeit- und kulturunabhängiges Phänomen darstellt. Transkulturelle Studien reichen von den USA über Neuseeland und Uganda bis nach Deutschland (MINDE/COHEN 1978). Häufigkeitsangaben schwanken allerdings beträchtlich und reichen von 3% aller Grundschulkinder in den USA bis zu 15% betroffener Jungen im Schulalter. Untersuchungen an Schülern in München haben eine Schätzung von durchschnittlich 9% hyperkinetischer Kinder ergeben. Für die unterschiedlichen Ergebnisse dürften Klassifikationsprobleme verantwortlich sein (vgl. STEINHAUSEN 1982, S. 12).

Eine generelle Abhängigkeit der Störungen von der Beeinträchtigung beim Erbringen von Leistungen – meist Schulleistungen – dürfte naheliegen. Oft ist allerdings nicht unterscheidbar, ob die Unruhe des Kindes die Lernschwierigkeiten verursacht oder die Nöte beim Leistungsvollzug die Hektik des Kindes auslösen (GUTEZEIT 1977, S. 136). Es ist nicht das Kind, das Beschwerde erhebt, sondern Eltern und Lehrer. Diese Kausalbeziehungen sind häufig unklar und erschweren den Einsatz pädagogischer Maßnahmen. Weiterhin dürfte die Annahme einer einheitlichen Störung im Lernprozeß unwahrscheinlich sein. Müßten Erwachsene immer so lange still sitzen wie Kinder, würden wohl auch sie häufiger zu motorischer Unruhe neigen. Gesunde Kinder sind besonders in Phasen lebhafter Entwicklung exzessiv bewegungshungrig und empfinden motorische Aktivität als lustvoll. K. BÜHLER bezeichnete diese unausweichliche Bedürfnisspannung als „Funktionslust“. In bestimmten Phasen einer entwicklungsbedingten Neuorientierung tritt regelmäßig eine physiologische Unruhe ein. Trotzdem kann die psychosomatische Unruhe Formen eines pathologischen Symptoms annehmen. Die Hauptschwierigkeit einer genauen Diagnose im Kindesalter liegt darin, daß sich die Symptomatologie im jeweiligen Entwicklungsstadium des Kindes entsprechend verändert und damit viel geringer konstant ist als im Erwachsenenalter. Auch werden die Begriffe Hyperaktivität, Hyperkinese und Hyperkinetisches Syndrom gleichwertig nebeneinander benutzt. Durch diese Ungenauigkeiten werden eine präzise Beurteilung und Behandlung sehr erschwert (MINDE 1977, S. 145). Was die Kinder zunächst in die Sprechstunde des Arztes bringt, ist ihr Konflikt mit der wichtigen gesellschaftlichen Norm „Leistung“. Daß sie sozial nicht angepaßt sind, wird ihnen oft noch nachgesehen, nicht aber, daß sie ihre Hausaufgaben nicht ordentlich erledigen und im Unterricht stören. Damit greifen Pädagogik, Medizin und Psychologie im Symptomkomplex „Hyperkinese“ unmittelbar ineinander über, ohne daß die exekutierenden Instanzen wie Schule, Kinderklinik oder

Arztpraxis und Erziehungsberatungsstelle dies bereits praktizierten. Deutlich wird damit eine Vielschichtigkeit notwendiger fachlicher Kompetenzen, die wegen gesellschaftlicher Traditionen im Umgang mit Störungen wohl noch nicht integriert werden können. Der Arzt, abgesichert durch Krankenkassenvertrag, Berufskodex und hohe gesellschaftliche Position, bleibt der vertraute Ansprechpartner bei kindlichen Störungen und Problemen, häufig auch der nichtkörperlichen. Die Etablierung und Professionalität seines Standes ist unbestritten. Deshalb verwundert es nicht, daß die meisten Veröffentlichungen zum Problem der Hyperkinese im medizinischen Bereich zu finden sind (vgl. DOOSE 1977; STEINHAUSEN 1982; FRANKE 1988).

Die angewandte Psychologie führt im Vergleich zur Medizin immer noch ein Schattendasein. Weder Art und Umfang psychologischer Kompetenzen noch die spezifische Indikation für psychologische Interventionen wie auch die Finanzierung psychologischer Leistungen sind allgemein bekannt. Schule aber kommt durch ihre gesellschaftliche Doppelfunktion von Förderung und Auslese in einen Widerspruch, die Eltern zögern läßt, Probleme ihrer Kinder klar zu benennen. Denn die differenzierten Probleme können einmal zur genauen Begründung von Selektionsentscheidungen wie auch zur Einleitung spezifischer Förderprogramme dienen.

Diese strukturellen Probleme werden um so gravierender, je mehr nur in einer integrativen Zusammenschau und langfristigen Zusammenarbeit der genannten Institutionen eine bessere Begegnung der Schwierigkeiten gesehen werden kann, wie es der Hypothese des Verfassers entspricht. Es soll im folgenden aufgezeigt werden, wie jede Einzeldisziplin bei der aufgezeigten Problematik an ihre Grenzen stößt und eigentlich nur im Verbund mit den Nachbarwissenschaften weitere Erklärungs- und Handlungsmöglichkeiten erwirbt.

1. Das unruhige und lerngestörte Kind in der Pädagogik

Mangelnde Konzentration, motorische Unruhe und ungesteuertes Verhalten bei Kindern gehören heute zu den häufigsten Klagen von Eltern und Lehrern und damit zu den größten Erziehungsproblemen. Oft genug endet die Geschichte mit der bereits 1844 von Dr. HEINRICH HOFFMANN im „Struwwelpeter“ beschriebenen Verzweiflung und Ratlosigkeit, daß trotz Ermahnungen und gutem Vorbild das Kind nicht zur Ruhe gebracht werden kann.

Zu den familieninternen Problemen treten heute oft noch gravierende Leistungsprobleme in einer hohen individuellen Leistungen fordernden Gesellschaft. Fast wirkt es dabei als pädagogische Entlastung, wenn die Leistungsprobleme an einer bestimmten Symptomatik oder gar noch spezifizierten Teilleistungsschwäche festgemacht werden können. Es gab Zeiten, da konnten sich „amtlich bestätigte Legastheniker“ einen Bonus auf ihr Abiturzeugnis geben lassen, um den spezifisch bewirkten Nachteil in der Deutsch-Note zu kompensieren. Analyse, Begründung und pädagogische Förderprogramme zur Legasthenie erlebten einen gewaltigen Aufschwung. In Zeiten allgemeiner Bildungseuphorie und im Glauben an die Technisierbarkeit pädagogischer Programme wurde eine generelle Kompensation von Lese-, Rechtschreib- und

Rechenschwäche für möglich gehalten und in besonderen Förderkursen in und außerhalb der Schule angezielt. Heute wissen wir, daß in der motorischen Wiederholung nicht ohne weiteres realisierbarer Leistungsvollzüge weniger ein Übungseffekt als vielmehr eine dauernde Mißerfolgsbestätigung erreicht werden (FROSTIG/MÜLLER 1981). Pädagogische Förderung muß die Integrationsleistungen der beteiligten Sinnes- und Körperfunktionen zu steigern versuchen und nicht permanent am so nicht leistbaren Verhalten ansetzen. Die Störungen sind stets vielfältiger als daß sie einer direkten Zielhandlung unterzuordnen wären (GUTEZEIT 1977, S. 142f.).

An diesem Beispiel wird schnell deutlich, daß es der Schule und damit der Schulpädagogik in erster Linie um die Vermittlung von Lehrinhalten, in der Grundschule vor allem der Kulturtechniken, geht. Dies ist unter dem Aspekt der Hauptaufgabe der Schule, nämlich der Weitergabe des kulturellen Bestandes einer Gesellschaft an die Nachwachsenden, unmittelbar verständlich. Ein Nichterlernen dieser schulischen Inhalte bei einzelnen Schülern – aus welchen Gründen auch immer – wird zunächst einmal als Störung des Unterrichtsprozesses betrachtet. Auch wenn heute in manchen Klassen bereits die Ausnahmen zahlreicher sind als die Regelfälle, ist die pädagogische Diagnostik immer noch weitgehend auf die Lernprodukte ausgerichtet. Pädagogische Diagnose steht meist unter dem Anspruch der Selektion und bewertet die Lernergebnisse. Auch wenn standardisierte Tests herangezogen werden, konzentrieren sich diese auf das Leistungsprodukt und weniger auf den Leistungsvollzug. Erst allmählich entwickelt sich aus dem Bereich der Sonder- und Heilpädagogik eine Förderdiagnostik, die nicht nur Fehler registriert, sondern auch deren Zustandekommen analysiert, um spezifische Fördermaßnahmen einzuleiten (KORNMANN u. a. 1982).

Auch ist es der traditionelle Blick auf den ganzen Menschen in der Pädagogik, der eine zu genaue Analyse von individuellen Störungen überflüssig erscheinen läßt. Pädagogische Handlungstheorien sind mehr von „Takt“, „Pädagogischem Bezug“, „Dialog“, „Sozialem Klima“ oder „Erziehereinstellungen“ geprägt als von Seziertisch und Mikroskop. Damit hängen natürlich auch eine Menge metatheoretischer Annahmen und Entscheidungen zusammen. Betrachtet man das Handbuch der Pädagogischen Diagnostik von KLAUER (1978), so ist für unsere Thematik das Stichwort „Konzentration“ einschlägig. Wie nicht anders zu erwarten, wird dabei das Phänomen in ein weites institutionelles und pädagogisches System eingebettet. So spielen Lehrziel, Unterrichtsgegenstand und Thema, aber natürlich auch die Person des Lehrers, seine Vermittlungsmethode im Unterricht und die eingesetzten Medien und Arbeitsmittel eine besondere Rolle und dann erst die Person des Schülers. Bemerkenswert ist bei der Schülerperspektive, daß volitive Elemente, seien sie eher innerpsychisch, als Interessen bezeichnet, oder aber reaktiv gesehen, als adäquate Beantwortung äußerer Reize, im Vordergrund stehen. Jedenfalls legen die entsprechenden Ausführungen KLEBERS (1978, S. 395ff.) die Vorstellung nahe, als ginge es bei der Konzentration um die willentliche Steuerung geistiger Kräfte auf einen Gegenstand, der von außen oder innen gesetzt wurde. Dieser Prozeß muß über eine bestimmte Dauer, auch wieder gegen innere und äußere Widerstände, durchgehalten werden. Konzentration wird als eine Grundlage für die Realisierung von Unterricht angesehen. KLEBER erwähnt auch, daß

Konzentration von vitalen, kognitiven, emotionalen und sozialen Komponenten abhängt, von der bedrängenden Not oben geschilderter Symptomatik wird in diesem Handbuchartikel allerdings nichts oder wenig deutlich. Konzentrationsstörungen sind demnach durch das Fehlen von Konzentration gezeichnet und gehören der gleichen qualitativen und volitiven Kategorie an, sind also vor allem kognitiv reguliert.

LOMPSCHER (1987, S. 80) bezieht in seiner Beschreibung des Lernvorgangs auf materialistischer Grundlage durchaus physiologische Parameter wie Herzfrequenz, Blutdruck und daraus abgeleitet auch das Aktivierungsniveau mit ein, trotzdem dominieren auch bei ihm die rational-inhaltliche und die emotional-dynamische Seite der Motivbildungen. Damit erhält eher das Motiv, anstatt des Willens, einen substantiellen Charakter, der aber auch wieder kognitiv bestimmt ist. Lernstörungen bleiben in den Entscheidungsbereich des Einzelnen gestellt und sind weniger dessen Schicksal. Damit steht auch die Konzentrationsstörung weiterhin in dem Verantwortungsbereich der einzelnen Personen, denn kognitive Entscheidungen und sozial-emotionale Einstellungen sind tendenziell vom Einzelnen änderbar, einen generellen Entschuldigungs- bzw. Krankheitswert haben nur physische bzw. physiologische Störungen.

Erst in den vergangenen Jahren ist unter Pädagogen, aber auch fast wieder nur bei Sonderpädagogen, ein wachsendes Interesse an physischen Voraussetzungen schulischen Lernens festzustellen. Brückenschläge zwischen Pädagogik und Medizin sind, etwa im Gegensatz zu Pädagogik und Psychologie, immer noch äußerst selten.

Allerdings gab es in der Geschichte der Sonder- oder Heil-Pädagogik immer wieder einzelne Ansätze, Medizin und Pädagogik aufeinander zu beziehen. Es sei hier nur an die Namen ITARD, SÉGUIN und MONTESSORI erinnert. SÉGUINS „Physiologische Erziehung“ erfuhr im anglo-amerikanischen, romanischen und skandinavischen Sprachraum eine deutliche Würdigung, allerdings kaum in Deutschland (HÄNSEL 1974). Anders steht es um die Pädagogik MARIA MONTESSORIS, die bei zunehmenden Lern- und Verhaltensstörungen von Schulkindern eine neue Bedeutung erlangte. Bedeutsam für ihr etwas anderes Verständnis von Pädagogik ist dabei ihr empirischer Zugriff: Ihre Erziehungslehre ist vor allem durch praktische Beobachtungen am Kind entstanden. Sie spricht selbst von einem experimentellen Beitrag zur Erziehung, in dem sie herausfinden möchte, wie das Kind von feinsten Antrieben zum aktiven Aufbau der menschlichen Persönlichkeit geleitet wird. Dazu beobachtet sie zunächst als diagnostizierende Ärztin. In Anlehnung an ITARD und SÉGUIN versucht sie, schwachsinnige Kinder mit eigens hergestellten Materialien über die Schulung ihrer Sinne zu fördern. Aufmerksamkeit und Konzentration sah sie in Abhängigkeit von dem Umfang und der Dauer des dargebotenen Materials und der damit ausgelösten Reize. Ihre für den Bereich der Konzentration wichtigste Entdeckung war das Phänomen der „Polarisation der Aufmerksamkeit“. Sie erklärte es als eine dauernde Reaktion auf gewisse äußere Bedingungen, die bestimmt werden können. Dieses Phänomen wird heute von der Neuropsychologie bestätigt und als Orientierungsreflex oder Aktivierungsreaktion erklärt. Dazu muß ein Reiz stark genug wahrgenommen werden und sich von einem Gesamt von Reizen abheben, dann werden alle Wahrneh-

mungsfähigkeiten aktiviert. Das angebotene Material ersetzt offensichtlich durch eine subtile Anleitung zum „inneren Sprechen“ die sonst bei Konzentrationsleistungen notwendige äußere verbale Anweisung. Über die Möglichkeit längerer Konzentrationsphasen stellt sie auch eine Entwicklung der Intelligenz und eine größere Ruhe des Kindes fest. Auch hier trifft sie Feststellungen, die durch die heutige Gehirnphysiologie bestätigt wurden. Somit tritt in die Mitte ihrer Pädagogik die Erziehung der Sinne, also eine physiologische und keine soziale oder pädagogische Komponente (MONTESSORI 1928).

Diese Erkenntnisse und Ansätze MARIA MONTESSORIS machen uns auf heutige schulpädagogische Defizite beim Umgang mit Konzentrationsstörungen und Hyperaktivität aufmerksam: Die Erziehung der Sinne wird zu wenig beachtet. Bei Leistungsvollzügen wie Lesen, Schreiben und Rechnen wird die Funktionstüchtigkeit der Sinne stillschweigend vorausgesetzt, was bei Leistungsproblemen zu überfordernden Übungsphasen führt und nicht zum Nachholen der notwendigen Basisfunktionen. Ganzkörpermotorik ist bestenfalls Angelegenheit eines zeitlich begrenzten Sportunterrichts, aber nicht Unterrichtsprinzip für grundlegende Funktionsschulung.

Viele dieser Ansätze finden sich in neurophysiologischen Bereichen wieder, etwa in der Sicht des „Teilleistungsmodells“ (vgl. GRAICHEN 1973; LEMPP 1979). Dazu gibt es auch einzelne Ansätze zur schulischen Umsetzung. 1974 begann an der Albert-Schweitzer-Schule in Hannover ein dreijähriger Grundschulversuch zur Prophylaxe von Lese- und Rechtschreibschwächen (RADIGK 1978). Auch im Bremer Raum wurde eine Untersuchung durchgeführt, die der Verbindung von Schul- und Verhaltensproblemen galt (SINDELAR 1983). In Wien läuft seit 1982/1983 ein sonderpädagogisches Förderprojekt für Kinder mit Teilleistungsstörungen (JUNA 1985). MILZ (1984) berichtet über heilpädagogische Arbeiten mit teilleistungsgestörten Kindern an einer Grund- und Hauptschule in Offenbach/Main. Ein großangelegter Versuch einer veränderten Grundschulpädagogik wurde in Bayern mit dem Modell der „Diagnose- und Förderklassen“ gestartet. An 15 Sonderschulklassen für Lernbehinderte wurden mit Beginn des Schuljahres 1984/85 solche besonderen Klassen eingerichtet. Diese eher „sonderschulbedürftigen“ Kinder werden nicht in Sonderschulen überwiesen, sondern nach den Zielvorgaben des Grundschullehrplans unterrichtet, wobei der Stoff der ersten beiden Jahrgangsstufen auf drei Jahre verteilt wird. Die pädagogische Arbeit orientiert sich am Teilleistungskonzept (vgl. DIETEL 1986).

Was bedeuten diese, oft eher schulpraktisch bezogenen Untersuchungen für die Pädagogik als Ganzes und für ihre Selbstreferenzialität? Der unmittelbare Bezug von Lehrer und Schüler wird aufgelöst in einzelne Reizkonstellationen, die nicht mehr vereinfacht behavioristisch verstanden werden, sondern in funktionalen Regelkreismodellen. Dabei spielt durchaus die Pädagogik eine wesentliche Rolle, indem körperlich-sinnesbezogene Funktionen nicht einfach vorausgesetzt werden können, sondern einer Entwicklung – die stets individuell verfolgt werden muß – unterliegen. Im Gegensatz zu behavioristischer Umweltüberschätzung bei Lernprozessen werden innerliche Reifungsprozesse und damit zusammenhängende, sensible Lernphasen angenommen. Die theoretischen Annahmen treffen sich hier etwa mit den Annahmen PIAGETS zur

Intelligenzentwicklung. Trotzdem sind die fokussierten Bereiche eher physiologische als etwa kognitive wie bei PIAGET.

Nun könnte sich die Pädagogik – etwa in Fortsetzung MONTESSORIS – vielleicht noch an solche neurophysiologischen Vorstellungen gewöhnen und sie – ähnlich wie bei psychologischen Erkenntnissen – subsidiär einbeziehen. Aber die nächste Erkenntnis wirkt noch irritierender. Nach ziemlich einhelliger Auffassung von Kinderärzten, Kinderpsychiatern, aber auch Psychologen und zunehmend von Sonderpädagogen gibt es bei den meisten Kindern mit Konzentrationsproblemen oder Hyperaktivität eine grundsätzlich positive Reaktion auf Medikamentenbehandlung (KINZE/BARCHMANN 1990; EISERT/EISERT 1984; ROTHENBERGER 1988). Damit aber wird die Pädagogik ernsthaft herausgefordert. Schon droht das Gespenst einer pharmakologisch überholten Pädagogik und ALDOUS HUXLEYS „Brave New World“ scheint auf. Hier scheinen Pädagogik und Medizin in Frontstellung zueinander zu geraten und paradigmatische Grundlagen deutliche Grenzziehungen nötig zu machen. Offensichtlich verlieren die ersten Praktiker, die sich jahrelang mit einem Problemkind abgemüht haben und plötzlich dessen „Besserung“ nach der Medikation erleben, ihre Skepsis gegenüber der „Pille“. Muß die Pädagogik hier umdenken?

2. *Hyperaktive und aggressive Kinder und die Medizin*

Die herkömmliche Medizin versteht sich als eine angewandte Naturwissenschaft, die sich in der Regel auf feststellbare physikalische und biochemische Daten bezieht. Zu diesen „harten“ Daten zählen inzwischen auch statistische Berechnungen, wie sie etwa bei epidemiologischen oder genetischen Analysen angestellt werden. So wurden auch zum Symptom der „Hyperaktivität“ bzw. zur Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit (ADD) statistische Berechnungen zur genetischen Analyse angestellt. BIEDERMAN (1986) konnte darauf hinweisen, daß diese oder ähnliche Störungen meist auf die ganze Familie bezogen sind und mit anderen psychiatrischen Auffälligkeiten korrelieren.

Während bei diesen statistischen Verfahren nur indirekt eine weitere Aufklärung der Symptome stattfindet, bietet die Suche nach feinen neurologischen Zeichen unmittelbaren Anschluß an körperliche Korrelate. Dazu werden etwa der Muskeltonus, die Augenbewegungen, die körperlichen Reflexe, die Mundmuskelbewegungen oder die Daten des EEG (Elektroenzephalogramm) einbezogen (ROTHENBERGER 1988, S. 14). Daneben werden durchaus interpretierbare entwicklungspsychologische Daten und solche der Körperbewegungen wie Stehen, Gehen, Greifen, Halten, Fangen, Sprechen und Gesamtmotorik berücksichtigt. Also auch hier erfolgt eine Diagnose durch den Kinderneurologen oder -psychiater anhand sogenannter „weicher“ Daten. Es ließen sich in vielen Fällen auch im EEG eindeutige Hinweise auf eine zentralnervöse Entwicklungsstörung feststellen. Auch wenn eine Verhaltensstörung daraus nicht unmittelbar abgeleitet werden kann, stellen diese EEG-Ergebnisse zumindest einen Risikofaktor für psychiatrische Auffälligkeiten von Kindern dar (ebd., S. 17). Bei Gehirnstrommessungen nach einem gegebenen Reiz, auf den entsprechend reagiert werden mußte, zeigten sich bei hyperkinetischen Kindern

Abweichungen von den Daten normaler Kinder. Zur Kontrolle einer Handlung mußte bei hyperaktiven Kindern mehr Aktivität im Frontalhirn entwickelt werden als bei normalen. Die zu leistenden Aufgaben, etwa die schnelle Beugung des Zeigefingers auf einen Reiz hin, waren für diese Problemkinder schwerer zu bewältigen als für die normalen. Obwohl sie mehr spezifische elektrische Hirnaktivität entwickelten, waren ihre Reaktionen deutlich langsamer (ebd., S. 19).

Auch bei tomographischen Hirnuntersuchungen über die Durchblutung des Gehirns bei Ruhe und bei Leistungsbeanspruchung konnten spezifische Ergebnisse erzielt werden. So ergaben sich Hinweise darauf, daß der Frontallappen des Gehirns eine besonders wichtige Rolle für das Hyperkinetische Syndrom spielt (LOU 1984; ZAMETKIN u. a. 1986). Zusammenfassend kann eine Störung bei hyperkinetischen Kindern in subkortikalen und frontokortikalen Hirnbereichen, also im Frontalhirn und im Zwischenhirn angenommen werden. Wie diese Auffälligkeiten genau zusammenhängen, bleibt Aufgabe weiterer Forschungen (ROTHENBERGER 1988).

CAMMANN/SPIEL (1991, S. 11 ff.) stellen bei hyperkinetischen Kindern ebenfalls Minderleistungen unterschiedlicher, in Verbindung stehender Hirnfunktionen fest. Daraus folge eine eingeschränkte Fähigkeit zur Reizdiskrimination und Schwierigkeiten in der Koordination von Wahrnehmungsvordergrund und -hintergrund.

Zusammenfassend kann man festhalten, daß sich die medizinische Ursachenerklärung für das hyperkinetische Syndrom gewandelt hat. Zunächst ging die Kinderpsychiatrie im deutschen Sprachraum von einer hirnorganischen Genese aus (LEMPF 1970). Anamnestisch wurden diese Störungen durch prä-, peri- oder postnatale Schädigungen des ZNS erklärt. Die Bedeutung dieses organischen Risikofaktors für die Genese des hyperkinetischen Syndroms wird heute durchaus kontrovers beurteilt, da auch viele unauffällige Kinder derartige Beeinträchtigungen aufweisen. Auch die neurophysiologischen Funktionsparameter wie das EEG oder Untersuchungen der Herzfrequenz bzw. des Hautwiderstands ergeben keine eindeutigen Befunde (MARTINIUS 1982). Die Feststellung geringfügiger körperlicher Auffälligkeiten an Kopf, Augen, Ohren, Händen und Füßen läßt keine eindeutige Zuordnung zu bestimmten Störungsmerkmalen zu und ist eher unspezifisch (vgl. STEINHAUSEN 1982). Die genetischen Ergebnisse können wenig spezifisch aufgeschlüsselt werden, zumal ein direkter Erbgang meist nicht festzustellen ist. Anzufügen sind noch Vermutungen über eine mögliche allergologische Genese der Störungen. Auch hier konnten z. B. über einen Zusammenhang von Phosphat und Lern- und Leistungsstörungen keine eindeutigen und signifikanten Ergebnisse erzielt werden (WALTHER 1982; KINZE/BARCHMANN 1991).

So unübersichtlich, unklar und uneindeutig der Bereich medizinischer Ursachenerklärung für das hyperkinetische Syndrom ausfällt, so klar und eindeutig scheinen sich medizinische Therapieerfolge bei der Verbesserung der Symptomatik abzuzeichnen. Es geht dabei um die sogenannte Stimulantienbehandlung (vor allem Methylphenidat), also die Verabreichung von Anregungsmitteln.

Bisher liegen nur Erfahrungen von Kurzzeitbehandlungen vor, die über einige Wochen oder Monate gelaufen sind. Dabei wird von einer generell

positiven Wirkung bei 70 bis 80 % der als hyperaktiv diagnostizierten Kinder berichtet. Der „Erfolg“ wurde mit Verhaltensskalen, psychologischen Tests, elaborierten Aufgaben oder direkter Beobachtung „gemessen“. Ziel war es vornehmlich, die Konzentrationsfähigkeit des Kindes zu verbessern, auch über einen längeren Zeitraum, und die kognitive und motorische Impulsivität zu reduzieren (vgl. COHEN 1980, S. 408).

Eine Relativierung dieser positiven Ergebnisse nehmen KINZE/BARCHMANN (1991, S. 150) vor. Nur ein relativ kleiner Prozentsatz von etwa 10 bis 20 % der hyperkinetischen Kinder steigern danach unter Stimulantien ihre Konzentrationsleistungen merklich und verlieren bei höherer Dosierung auch an Hyperkinese und Impulsivität. Bei weiteren 30 bis 50 % der Kinder komme es zu einer leichten Steigerung der Konzentrationsleistungen, nicht jedoch zu einer Verbesserung ihres Verhaltens. Bei 10 bis 30 % der hyperkinetischen Kinder komme es unter Stimulantientherapie zu einer Verschlechterung der Konzentrationsleistungen und zu gesteigerter Hyperaktivität und Aggressivität.

Die sozialen Wirkungen der Einnahme von Methylphenidat sind nicht eindeutig. Verbesserungen der Schulleistung können auch bei langjähriger Medikation nicht objektiviert werden. Durch die positiven Vorerwartungen von Eltern und Lehrern werden die Beobachtungen beeinflusst und veränderte Attributionsprozesse ausgelöst. Anzunehmen ist, daß verschieden hohe Dosierungen unterschiedliches soziales und kognitives Verhalten auslösen (SPRAGUE/SLEATOR 1977). Unklar bleibt die Rückwirkung der Medikamentenbehandlung auf das Selbstwertgefühl der Kinder: Einerseits gewinnt das Kind höhere positive Beachtung durch verbesserte schulische und soziale Verhaltensweisen, andererseits kann der Schulerfolg als Konsequenz einer Medikation und damit als extern verursacht angesehen werden. Bisher ist es wohl in der Medizin unüblich, über solche Prozesse mit den Betroffenen selbst, hier den Kindern, eingehend zu sprechen (COHEN 1980, S. 410).

Wie lassen sich die positiven Einwirkungen des Medikaments medizinisch erklären? Dazu wurden neuropsychologische Hypothesen herangezogen und angenommen, hyperaktiv-unkonzentrierte Kinder hätten ein zu niedriges Aktivierungsniveau („underaroused“, WENDER 1972), also eine allgemein zu niedrige Erregungsstufe. Im Gegensatz zum Erscheinungsbild des Hypermotorischen sei die allgemeine Aktivierung des Hirnstamms, der die Weitergabe, aber auch Hemmungen bestimmter eintreffender Reizkonstellationen steuert, nicht zu hoch, sondern zu niedrig. Deshalb würden viele „Nebenreize“ nicht wirksam genug ausgeblendet und eine Selektion auf wesentliche Reize gestört. Diese globale Annahme, Konzentrationsstörungen auf das zentrale Aktivierungsniveau zurückzuführen, ist aber offensichtlich zu einfach (KINZE/BARCHMANN 1990, S. 19). Denn auch Neuroleptika, die den umgekehrten zentralnervösen Effekt auslösen, also das Aktivitätsniveau senken, erzielen auf der Eindrucksebene ähnliche Ergebnisse: Besserung bei 50 bis 70 %, Verschlechterung bei fünf bis zehn %, ohne Effekt bei 20 bis 40 %. Auch Multivitamin-Präparaten, Aminosäure-Derivaten und sogenannten Nootropica wird eine günstige Wirkung zugeschrieben. Dies macht deutlich, daß eindeutige Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge von Medikamenten und Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit noch keineswegs konstatiert werden können. Vielmehr ist für die Indikation im Einzelfall von der individuellen Situation

auszugehen und danach die Dauer und Dosis der Medikation festzulegen (KINZE/BARCHMANN 1990, S. 20).

Nach neueren neurophysiologischen Forschungen scheint eine einheitliche Aktivierungstheorie nicht mehr haltbar zu sein. Die Annahme einer generellen Aktiviertheit (Hypo-, Hyperaktivität) sollte zugunsten differenzierterer Analysen aufgegeben werden. Es zeigen sich eindeutige Unterschiede in der Aktivierungsanpassung, also in der Reaktionsbereitschaft auf verschiedene Reize, aber auch in der phasischen Aktivierung innerhalb einer Situation. Verhaltensakte setzen die Koordination mehrerer funktioneller Systeme voraus, z. B. gleichbleibender und wechselnder Aktivierung, die in Wechselwirkung zu den eintreffenden Reizen gesetzt werden müssen (ROTH/SCHLOTTKE 1991). Speziell die Aktivität muß sich flexibel den jeweiligen Anforderungen anpassen. Das Eingehen auf „Signalreize“ macht einen Teil aufmerksamen Verhaltens aus. Hyperkinetische Kinder zeigen auch meist eine mangelnde inhibitorische Kontrolle, d. h. unerwünschte Reizkonstellationen werden zu wenig gehemmt. Oft werden Stimuli von ADD-Kindern bewußt gesucht, um ein angenehmeres Aktivierungsniveau zu erreichen, was im sozialen Handlungszusammenhang dann aber Unkonzentriertheit bedeutet.

Neben diesen neurophysiologischen Konzepten der Hyperkinese sind auch neurochemische Hypothesen formuliert worden (WENDER 1971). Dabei wird von Störungen in der Umwandlung der biogenen Amine der Transmitterstoffe Noradrenalin, Serotonin und Dopamin ausgegangen. Transmitter sind die Botenstoffe zwischen den Gehirnzellen. Dies führt danach zu einer fehlenden Balance zwischen hemmenden und auslösenden Zentren des Zentralnervensystems, d. h. die notwendige Verstärkung erwünschter und die Unterdrückung unerwünschter Reize werden nicht entsprechend realisiert. Mit diesen Theorien sollen die Therapieerfolge durch Stimulantien erklärt werden, indem angenommen wird, daß das Methylphenidat die Inaktivierung der Neurotransmitter verhindern und ihre Konzentration im Spalt zwischen den Gehirnzellen steigern kann. Allerdings konnte dieses biochemische Modell bisher nicht nachgewiesen werden (STEINHAUSEN 1982, S. 17). ROTHENBERGER (1988, S. 21 ff.) geht davon aus, daß durch eine medikamentöse Behandlung Kompensationsmechanismen des Gehirns unterstützt werden, die die Störung auf der Verhaltensebene zum Verschwinden bringen, obwohl sie neurobiologisch weiterbestehen bleiben. Damit ließe sich erklären, daß unterschiedliche Substanzen zum gleichen Effekt auf der Verhaltensebene führen.

Deutlich wird bei all diesen neurobiologischen Betrachtungsweisen, daß die Zusammenhänge vielfältig sind und jeweils im Wechselspiel von kognitiven, motorischen und emotionalen Anteilen verlaufen. Dabei sind längst nicht alle Zusammenhänge bekannt. Viele Kontrolluntersuchungen brachten abweichende Ergebnisse und unterschiedliche Medikamente führten zum gleichen Ergebnis: Diese Streubreite der Ergebnisse liefert für die Zukunft einen hoffnungsvollen und einen besorgniserregenden Effekt. Der hoffnungsvolle Effekt besteht in der Unterstützungsmöglichkeit pädagogischer oder heilpädagogischer Prozesse durch Medikamente. Der besorgniserregende Aspekt liegt in der Diffusität der Hypothesen, Experimente und psychiatrischen Anwendungen, denn noch ist wenig bekannt über organische Langzeitfolgen einer Stimulantienmedikation. Schon bei Beginn können Stimulantien zu einer Reihe

von Nebenwirkungen wie Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, erhöhtem Blutdruck oder zum Zurückbleiben im Wachstum führen (COHEN 1980, S. 410f.). Von einer Langzeit-Medikation wissen wir nicht, ob sie nicht doch zu organischen Auswirkungen im Erwachsenenleben führen wird. Was wir wissen ist die Tatsache, daß Medikamente allein keine langfristige Verbesserung der Konzentrationsleistungen herbeiführen können, sondern bestenfalls die Grundlage dafür liefern.

3. Diagnose und Therapie von Konzentrationsstörungen in der Psychologie

Der Fokus der Betrachtung wandert nun – beim Aufsetzen eines psychologischen Objekts – von den biologischen und hirnelektrischen Daten auf das Denken und Verhalten des ganzen Menschen in einer Anforderungssituation. Genau in diesem Punkt sieht VIRGINIA DOUGLAS (1984) die Probleme von hyperaktiven Kindern. Sie begreift Hyperaktivität als dysregulatorische Störung (vgl. EISERT 1988, S. 74), bei der es auf der physiologischen Ebene im Verhalten und im Denken dem Kind nicht gelingt, sich den jeweiligen situativen Anforderungen anzupassen. Demnach zeigen hyperaktive Kinder wenig Bereitschaft, andauernd Aufmerksamkeit und Mühe in Aufgaben zu investieren, sie können ihre Impulsivität kaum zügeln, es gelingt ihnen nicht, ihre (geistige) Aktivierung den situativen Anforderungen anzupassen, und sie suchen insbesondere unmittelbare Anerkennung. Damit faßt DOUGLAS eine beinahe unüberschaubare Zahl von Einzelstudien zusammen. Vor allem wenn die Anforderungen in Menge und Komplexität gesteigert würden, käme es zu erheblichen Leistungseinbußen. Diese Beeinträchtigung bei der Erledigung schwieriger Aufgaben ist wohl auf bereits erfolgte sekundäre Problembildungen bei diesen Kindern zurückzuführen, die in der begrenzten Bereitstellung von Lernkonzepten oder -strategien, in der fehlenden kognitiven Selbstkontrolle bei Arbeitsvorgängen und in einer verminderten Handlungsmotivation zu sehen sind, also metakognitive Bereiche betreffen.

Beziehen wir diese Verhaltensdeterminanten auf konkrete Aufgaben, wie sie etwa zur genaueren psychologischen Diagnose in Tests verwendet werden, zerstreut sich diese Einhelligkeit sehr schnell wieder. Soll Konzentrationsfähigkeit von Kindern psychometrisch gemessen werden, verdeutlicht sich ein „Mangel an einer klaren psychologischen Definition dessen, was unter Konzentration zu verstehen sei“ (KINZE/BARCHMANN 1990, S. 17). Bei den sogenannten Konzentrationstests werden heute vor allem intellektuell kaum fordernde und in den jeweiligen Tests sehr gleichartige Sortieraufgaben, Zuordnungsaufgaben oder Rechen- und Abschreibaufgaben angeboten. Dabei unterscheiden sich die Aufgaben von Test zu Test oft stark. Das heißt, das gleiche psychische Phänomen soll mit jeweils ganz unterschiedlichen Instrumenten gemessen werden. Das führt dazu, daß die Übereinstimmung der einzelnen Testergebnisse untereinander relativ gering ist. BERG (1987) versucht das mit einer Systematik konzentrierten Verhaltens zu überwinden. Er geht von schulpсихologischen Analysen aus und konstatiert, daß Konzentrations-

schwierigkeiten heute den ersten Platz in der Häufigkeit von Lernschwierigkeiten einnehmen. Diese Aussage ist so allgemein wie unspezifisch. So lange nicht eindeutig geklärt ist, worüber eigentlich gesprochen wird, bleiben alle Feststellungen vage und trivial. So erklärt sich das Ergebnis, daß bei unterschiedlichen schulpsychologischen Untersuchungen die Rate der „Symptomträger“ zwischen 16,8% und 45% aller untersuchten Kinder schwankt (ebd., S. 66). Dieser Unterschied erklärt sich wahrscheinlich aus der verschiedenen Nähe der Ergebnisse zu den Schulleistungen. Wird „Konzentrationsstörung“ an unzureichenden Schulleistungen abgebildet, liegt der Anteil der betroffenen Kinder wohl höher, da auch schulpädagogische Ursachen, wie wenig anregender Unterricht, zu geringe Aufgabentransparenz oder schlichtweg fehlende Motivation eingehen, die aber nicht gesondert erfaßt werden (können).

Auch bleibt unklar, ab welcher zeitlichen Aufmerksamkeitsspanne von gelingender oder mißlingender Konzentration gesprochen werden kann. So leisten Konzentrationstests kaum etwas für Therapieansätze bei manifesten Konzentrationsstörungen (HELLER/NICKEL 1978). Als einzig wirksamer Unterscheidungsansatz wird häufig der in der Forschungstradition der „kognitiven Impulsivität – Reflexivität“ stehende gesehen (WAGNER 1981). Dabei wurde versucht, den Matching Familiar Figures Test (MFF) von KAGAN auf deutsche Verhältnisse zu adaptieren. Entstanden ist dabei der „Bonner Aufmerksamkeitstest (BAUT)“, dessen Anforderungssituation komplexer ist als bei anderen Verfahren. Die Unterscheidung von „kognitiv-impulsiv“ und „reflexiv“ wird in der Reaktionsgeschwindigkeit abgelesen: Kognitiv-Impulsive reagieren bei den gestellten Aufgaben schneller als der Durchschnitt und machen zugleich mehr Fehler. Kognitiv-Reflexive machen weniger Fehler, wenden aber dafür mehr Zeit auf. Kognitiv-reflexive Kinder schneiden in Intelligenz-Tests und in Schulleistungen (besonders Mathematik und Rechtschreiben) besser ab als „Kognitiv-Impulsive“, da sie offenbar einen günstigeren Problemlösungsstil haben (WAGNER 1982, S. 166ff.). In weiteren Testverfahren konnten fünf Gruppen mit unterschiedlichen Vorgehensweisen gefunden werden: Fehlerhaft arbeiteten vor allem Kinder, die entweder „unreflektiert, vorschnell und impulsiv“ oder aber „langsam-irritiert“ entschieden. Bei Beobachtungen wurde deutlich, daß sie ihre Entscheidungen oft rein nach dem Zufall fällen. Weniger fehlerhaft arbeiteten Kinder, die „übergenu- langsam“ oder „zügig-reflektierend“ oder auch „schnell und richtig“ reagierten. Diese Unterteilungen sind im Gegensatz zum „Reflexiv-Impulsiv-Ansatz“ von KAGAN empirisch gewonnen (WAGNER 1991 a, S. 78).

Ein Zusammenhang von motorischer Hyperaktivität und kognitiver Impulsivität konnte noch nicht nachgewiesen werden (DORNETTE/EISELE 1977). Aber hyperaktive Kinder werden meist auch kognitiv-impulsiv sein (WAGNER 1982, S. 166ff.). Aus diesem Zusammenhang kann jedenfalls ein erweitertes Konzept von Aufmerksamkeit entwickelt werden: Aufmerksamkeit als „Effizienz der Informationsauswertung“. „Dabei spielt die Organisation der Informationsauffassung und -verarbeitung eine große Rolle: das Entscheidungstempo bei einer kognitiven Leistung muß in ein passendes Verhältnis zur flexiblen Anpassung der Suchprozesse an die Komplexität der Aufgabe gebracht werden. Weder eine zu flüchtige noch eine zu lang dauernde Zuwendung zu Details ist optimal: die Korngröße der geprüften Details darf weder zu klein noch zu

groß sein. Günstig erscheint ein relativ schneller Wechsel zwischen Detail- und Ganz-Orientierung“ (WAGNER 1982, S. 178).

Etwas weiter faßt BERG (1987) in seinem zusammenfassenden Artikel den Begriff „Aufmerksamkeit“ und stellt ihn in ein Klassifikationsschema. Dabei sind für ihn die Bestimmungsmerkmale Intention, Integration und Selektion besonders wichtig. Intention wird bereits als eine Ursache von Aufmerksamkeit angesehen. Dieser Begriff wird heute im Gegensatz zu früher moralisch neutral verwendet. Er soll keine qualitative Beschreibung eines Charakters im Sinne von Willensstärke darstellen. Vielmehr können Handlungen deshalb mißlingen, weil sie mit besonderer Willensanstrengung gekoppelt werden. Im Zen-Buddhismus etwa liegt höchste Konzentration bei Ausschaltung aller Intentionen vor. Die Selektion scheidet wichtige Reize von unwichtigen. Dabei können sowohl Reize gesucht als auch passiv erwartet werden. Reizselektion ist auch von der Umwelt abhängig, die unterschiedliche Komplexität von Reizgegebenheiten oder unterschiedliche Reizdichte präsentiert. Durch die Funktion der Integration werden Reize sukzessiv verarbeitet, also die Selektion aufrecht erhalten. Auch werden die Reizgegebenheiten so koordiniert, daß sie einen Sinn ergeben. „Von Konzentration soll gesprochen werden, wenn *Reize vorhanden* sind, einschließlich kognitiven Repräsentationen, auf die die Aufmerksamkeit gerichtet wird, d.h. eine *Reizselektion* stattfindet, wenn die Reizselektion *intentional* unter handlungszielführenden Gesichtspunkten erfolgt und wenn eine *Reizintegration* intendiert ist und durchgeführt wird“ (BERG 1987, S. 77). Er stellt dann Konzentrationsfähigkeit in die Spannungsmomente von Anlage und Umwelt und zeigt deren personale und situative Komponenten auf. Damit wird eine Realitätsangemessenheit aller Verhaltensweisen erreicht, die unter dem Rahmenbegriff „Konzentration“ zusammengefaßt werden, gleichzeitig aber auch eine Relativierung im Hinblick auf Diagnose- und Therapiemöglichkeiten in Kauf genommen.

Trotzdem kann diese Situationsabhängigkeit und Heterogenität des Problembereichs aus psychologischer Sicht nicht bedeuten, daß die Psychologie keine Therapieanstrengungen unternimmt. Sonst würde die Medizin in therapeutischer Hinsicht allein gelassen, was die oben bereits beschriebenen Gefahren nach sich zöge. So gibt es heute weitgehende Einigung darüber, daß die „multimodale“ Behandlung die besten Erfolgsaussichten in sich birgt. Dabei wird eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Intervention, die häufig schulische und sozial emotionale Aspekte einbezieht, mit einer Stimulantientherapie verbunden. Im einzelnen weisen klinisch-experimentelle Untersuchungen „darauf hin, daß Stimulantien mehr das allgemeine Verhalten, speziell die motorische Unruhe beeinflussen, während die Verhaltenstherapie eher Konzentration und Genauigkeit bei schulischen Anforderungen verbessert“ (KINZE/BARCHMANN 1990, S. 21; SCHLOTTKE 1991). Dabei kann Verhaltenstherapie durchaus auch in Gruppen durchgeführt werden, um die Qualität der Konzentrationsleistungen zu verbessern. Zahlreicher aber wurde Verhaltensmodifikation, häufig in der Form von Kontingenzmanagements, auf einzelne hyperaktive Kinder angewandt. Dabei sollte Störverhalten nicht einfach unterdrückt, sondern mit Hilfe einer inkompatiblen Verhaltensweise konstruktiv ersetzt werden. Also nicht Konzentrationsstörungen sollen verhindert werden, sondern Aufmerksamkeit, durchaus zunächst in kleinsten Einheiten, wird aufge-

baut. Um kurzfristige Anpassungsprozesse zu vermeiden, muß später die Kontrolle über das erwünschte Verhalten von den Autoritätspersonen in den „Kopf“ der betroffenen Personen verlegt werden. Diese kognitive Selbstkontrolle schließt dann Problemlösungsfertigkeiten mit ein. So hat die Verhaltensmodifikation zunehmend eine kognitive Orientierung gewonnen (MAHONEY 1974; MEICHENBAUM 1979). Bei Kindern ist die Entwicklung kognitiv-behavioraler Interventionen im wesentlichen auf die Probleme der Impulskontrolle gerichtet. Dabei liegt der Bezug zum kognitiv-impulsiven Typus der Problemlösung nahe. Es ist das Ziel, einen Hiatus zwischen situativer Aufforderung und dem Handeln zu schaffen: erst überlegen und dann handeln.

Für Kinder ist dieser Aufbau prozeß zumeist gestuft. Er beginnt mit dem Beobachten eines Modells, das erwünschte Aufgaben langsam und kontrolliert durchführt. Dazu spricht der Erwachsene laut in handlungsanweisender Form vor sich hin. „Er verbalisiert, welche Art von Aufgabe er vor sich hat, wie das erst einmal definierte Problem anzugehen ist, welche Schritte dazu von Nöten sind. Er leitet dann sein Verhalten durch Selbstinstruktion. Er spricht aber auch aus, wie mit Fehlern umzugehen ist, – wie er mit dem in deren Gefolge aufkommenden Unlustgefühlen fertig wird, ohne daß sie die Handlungskette abbrechen können. Schließlich verstärkt er sich selbst“ (EISERT/EISERT 1982, S. 153 f.). Danach wird das Kind angehalten, es dem Erwachsenen gleichzutun. Das selbstbezogene Sprechen wird dabei immer leiser. Bei der Einschätzung der Erfolge von Verhaltenstherapie und Stimulantientherapie oder einer Kombination von beiden, muß man sich wohl von der Illusion der schnellen Erfolge lösen. Hyperaktivität verliert sich nicht nach wenigen Wochen. Gleichzeitig wird fast generell von Erfolgen dieser Art von Therapie berichtet, vor allem in der Kombination von Medikamenten und Verhaltensanleitung (GITTELMAN u. a. 1980).

Um schulische Erfolge zu stabilisieren, versucht I. WAGNER (1991) Aufmerksamkeitstrainings auf Lehrer auszudehnen. Denn durch unangemessenes Lehrerverhalten scheinen Langzeitwirkungen auch konzentriertesten Trainings von hyperaktiven Kindern gefährdet. Die Lehrer erhielten während der Untersuchung siebenmal, im Wochenabstand, Informationsmaterial über Aufmerksamkeitsstrategien. Das Lehrerprogramm umfaßt acht Ziel-Verhaltensweisen, die als Strategien kognitiver Verhaltenssteuerung bezeichnet werden können. Die acht Strategien lauten in Kurzform:

1. Aufgabenanalyse („Was ist zu tun?“)
2. Materialanalyse („Was brauche ich?“)
3. Zielanalyse („Wo will ich hin?“)
4. Konfliktanalyse („Was stört?“)
5. Formulierung von Teilzielen
6. Bewältigung von Frustration („Das läßt sich wieder gut machen“)
7. Aufforderung zum Zeitlassen
8. Bewertung von Teilergebnissen

Nach Auskunft WAGNERS (1991b, S. 196) haben sich Lehrerverhalten und -kognitionen durch das Selbststudium, ohne Training, beträchtlich geändert. Die Auswirkungen auf die Schüler-Aufmerksamkeit seien sehr ermutigend.

Es gibt einige interessante Ergebnisse zur katamnestischen Untersuchung

von hyperaktiven Kindern (MINDE 1977). Dabei zeigt sich bei langfristigen Untersuchungen, daß sich hyperaktive Kinder nicht zu einem psychologisch oder psychiatrisch geschädigten Erwachsenen entwickeln müssen, wohl aber zu einem, der aktiver ist als andere. Manche haben sich deshalb nach Verlassen der Schule Situationen geschaffen, in denen ihre Aktivität zum Tragen kommt (Arbeit, Sport, Management). Damit zeigt sich, daß es durchaus Lebensabschnitte gibt, in denen weniger Kontrolle und Anpassung verlangt wird als in der Schule. Wohl auch aus diesem Bewußtsein haben sich inzwischen Methoden entwickelt, bei denen mit hyperaktiven Kindern weniger kontrollierend und kognitiv gesteuert umgegangen wird, wie musikalisch-rhythmische Methoden, motorische Übungen (KIPHARD 1983), aber auch ergotherapeutische (AUGUSTIN 1988), spieltherapeutische, individualpsychologische oder nicht-direktive (KEMPER 1988). Gespeist sind diese vielschichtigeren psychologischen Methoden aus der Überzeugung, daß nur je spezielle Hilfen die optimale Förderung eines besonderen Menschen in einer individuell-biographischen Situation bedeuten können. Das heißt nicht, daß wissenschaftliche Versuchsreihen nicht an allgemeinen Ergebnissen interessiert sein müssen.

4. *Zusammenschau oder Abgrenzung?*

Offensichtlich gibt es bei dem Problem der Analyse und Begegnung von Konzentrationsstörung zwischen Psychologie, Medizin und Pädagogik Übereinstimmungen, aber auch Differenzen, die vor allem im metatheoretischen, paradigmatischen Bereich liegen. Es fällt der Pädagogik schwer – auch bei tiefgreifenden menschlichen Problemen des Educandus –, Hilfe im schnellen Verabreichen von Medikamenten zu sehen, zumal deren Wirkungen und Nebenwirkungen noch weitgehend ungeklärt sind. Allein die Vorstellung, Probleme auf eine rein materielle Ebene zu reduzieren, wie komplex diese auch immer sein mag, irritiert pädagogische Menschenbilder (ZDARZIL 1978, S. 31ff.). Die fehlenden experimentellen Erkenntnisse in der Medizin – bei einer Vielzahl von Hypothesen und Theorien – deuten eine Begrenztheit neurophysiologischer und biochemischer Erklärungsweisen an (ECCLES/ROBINSON 1985). Wenn beispielsweise von „modulierenden Einflüssen“ bestimmter Zentren des Gehirns oder innerhalb von Vorgängen berichtet wird, bedeutet das nichts anderes, als daß die jeweilige psychische und soziale Lage des Individuums durchaus mit den naturwissenschaftlichen Ablaufketten korreliert. Der Wissenschaftszweig der Psychosomatik beschäftigt sich intensiv mit derlei Zusammenhängen.

Wenn sich Pädagogik nun traditionell geistesgeschichtlich mit dem Menschen beschäftigt, hat sie damit Erfahrungen gewonnen, die durchaus komplexe menschliche Problemkonstellationen mitaufzuklären vermögen. Die Darstellung des Menschen als „Geist-Wesen“, ausgestattet mit Sprache, Reflexivität, Entscheidungsfreiheit und Antizipation, betont die Notwendigkeit von Erklärungslücken rein materialistischer Betrachtungsweisen und liefert Hinweise auf Beeinflussungsmöglichkeiten des Menschen über seine Vernunft und Selbstentscheidung. Werden diese unterschiedlichen Betrachtungsweisen des

Menschen als Dogmen verfochten, kann es in unserem Fall keine Annäherung der Standpunkte geben. Dann bleiben für die Medizin nur die physikalischen und chemischen Einflußmöglichkeiten und für die Pädagogik nur die sprachlichen und „geistigen“. Aber es gibt beide Wirklichkeiten nebeneinander und beide haben Anspruch auf Anerkennung (ECCLES/ROBINSON 1985, S. 217). Alle menschlichen Handlungen haben ein materielles Korrelat, aber sie gehen nicht darin auf. Jede Reflexion hat eine biochemische und neurophysiologische Grundlage, ohne die sie nicht existieren könnte, aber sie wird nicht davon bestimmt. So wie die Nahrungsaufnahme erst menschliches Leben möglich macht und bisweilen starke Auswirkungen auf die psychische Situation auslöst, sind Gedanken und Gefühle doch nicht dadurch determiniert. Das Biologische ist die Grundlage des Geistigen und nicht umgekehrt (SCHELER 1962).

Aber es gibt auch Wechselwirkungen – Drogen etwa verändern zumindest vorübergehend das Bewußtsein – und besonders einflußreich sind diese Verknüpfungen im Kindesalter. Gerade am Beginn des Lebens sind die biologischen Notwendigkeiten so stark, daß sie anfänglich das gesamte Leben bestimmen. Erziehung hat immer wieder auf biologische Komponenten wie Reifung oder Triebregulation Rücksicht zu nehmen, will sie junge Menschen nicht überfordern. So wie aber eine gesunde Ernährung wichtig ist für das Lernen, wirken gleichermaßen biologische Beeinträchtigungen auf die geistige Konstitution. Eine Pädagogik, die generell von Selbstentscheidung, Reflexivität und Vernunft bei Kindern ausgeht, setzt etwas voraus, was erst Ziel allen empirischen und individuellen Menschseins darstellt. Dieser Grundlagen eingedenk, können sich sehr wohl Medizin oder Gesundheitswissenschaft und Erziehungstheorie ergänzen. Grenzüberschreitungen gibt es aber, wenn die Medizin Persönlichkeits- oder Sinnprobleme psychopharmakologisch zu lösen versucht, oder umgekehrt, wenn „Geistheiler“ über das Bewußtsein körperliche Schäden „reparieren“ wollen. Die pädagogische Sicht kindlicher Probleme kann sich nicht in einer Wiederholung medizinischer Analysen und psychologischer Therapievorschlüsse erschöpfen, sondern braucht den eigenen Standpunkt, um die Freiheit des Subjekts potentiell zu ermöglichen; theoretisch und praktisch. Nur so können die Grenzen des materiellen Mensch-Seins deutlich und die Technologisierung psychologischer Verfahren erfahrbar gemacht werden. Der Schutz des Individuums besteht nicht etwa in der rigorosen Abwehr medizinischer Untersuchungen, medikamentöser Hilfen und psychologischer Lernverfahren, sondern in der Relativierung derselben im Blick auf das Subjekt. Dann entscheiden nicht Erfolgsgarantien bestimmter Medikamente deren Anwendung, sondern die Situation, Lage und Persönlichkeit des Kindes.

Abschließend soll folgendes Fazit gezogen werden:

- Es hilft weder zur Klärung noch bei der Begegnung des vielschichtigen Problems der Hyperkinese, wenn Medizin, Psychologie und Pädagogik auf ihren wissenschaftstheoretisch und historisch gewachsenen Standpunkten beharren oder eine den anderen überlegene Betrachtungsweise anstreben. Vielmehr gilt es, sich um den Abbau der im gesellschaftlichen System entstandenen Tabus zu bemühen.
- Die Kinderheilkunde in der Medizin nimmt im Kontext des Helfersystems sicher eine bevorzugte Stellung ein. Ärzte sind sowohl durch ihre Profession als auch durch juristische Verankerung privilegierte Ansprechpartner bei Problemen von Kindern. Durch ihr Recht, Medika-

mente verschreiben zu dürfen, erlangen ihre Therapiebemühungen in einer Zeit naturwissenschaftlich geprägter Körpervorstellungen eine hohe Geltung. Trotzdem haben medizinische Erklärungs- und Begegnungsweisen der Hyperkinese eindeutige Grenzen. Obwohl in den letzten Jahren, vor allem in den Vereinigten Staaten, exzessiv empirisch auf diesem Gebiet geforscht wurde, gibt es eine Menge unerklärter Phänomene und sich widersprechender Ergebnisse. Dazu zählen auch die teilweise ungeklärten Wirkungen unterschiedlicher Medikamente. Solange aber sowohl die Wirkungen als auch Nebenwirkungen und Langzeitfolgen von Medikamenten nicht eindeutig einschätzbar sind, sollte vorsichtig mit dieser Therapiemethode umgegangen werden.

- Die psychologische Diagnostik macht sich anheischig, menschliches Verhalten in seinen Wechselbeziehungen zu erfassen. Die Verhaltenstherapie aber muß sich reduktionistisch auf ganz kleine Verhaltensaspekte beziehen, um erfolgreich verändern zu können. Damit erzielt sie zwar nachweisbare Effekte, muß sich aber den Vorwurf der Technologisierung gefallen lassen. D.h. sie instrumentalisiert das Phänomen der Konzentration vom Persönlichkeitsmerkmal zu einem Verhaltensmuster, das entpersönlicht und verallgemeinert werden muß. Damit bleibt sie nur für ganz klar umrissene Situationen anwendbar. Individuelle Motive und Interessen können nicht berücksichtigt werden. Trotzdem scheint gerade die Kombination von medikamentöser Einstellung und verhaltenstherapeutischer Übung Störungen zu verhindern und gezielte Leistungsvollzüge möglich zu machen.
- An diesen Vorgaben kann die Pädagogik nicht naserümpfend vorbeigehen. Das Verdikt, daß für die Entwicklung geistiger Leistungen Medikamente kein probates Mittel sein dürften, kann nicht mehr unumschränkt aufrecht erhalten werden. In dem Maße, in dem die neurophysiologische und biochemische Erforschung des Gehirns voranschreitet und die Funktionen in ihren hochkomplizierten Wechselwirkungen erkennt, können auch Medikamente zunehmend spezifisch und niedrig dosiert eingesetzt und Nebenwirkungen minimalisiert werden. Jedenfalls wird sich die Pädagogik nicht anmaßen können, die Frage menschlicher oder erzieherischer Verantwortung bei der Medikamentierung, für die Medizin bereits vorentschieden zu haben.

Trotzdem hat die Pädagogik für den Gesamtkomplex etwas Eigenes beizutragen. Sie weist darauf hin, daß sich menschliches Verhalten nicht in seinen materiellen Bedingungen erschöpft, sondern im Moment der subjektiven Freiheit seine kausalgesetzliche Determination überschreitet. Trotz aller psychischen, biographischen oder somatischen Einschränkungen kann im pädagogischen Dialog – zu dem in der Medizin selten Gelegenheit besteht – ein eigener Neuansatz versucht werden. Erwartungen von außen oder von innen an das Kind können verändert, Leistungskriterien und Verhaltensnormen umgeformt, physische und psychische Handicaps von allen Beteiligten akzeptiert werden. Damit werden nicht nur die psychosozialen Bedingungen anders gesetzt, sondern auch die Attribuierungsproblematik entschärft. Die Gefahr, Ursachen des eigenen Verhaltens als von außen eingeführt zu erleben und zu bewerten, wie sie bei der medizinischen Therapie und bei der kontrollierten Verhaltensänderung besteht, kann nur verhindert werden, wenn das Individuum sich selbst als Akteur des für sich wichtigen Geschehens empfindet. Auch zählt zu den pädagogischen Möglichkeiten die Hilfe des Erziehers bei der toleranten Selbstwahrnehmung. Die Ungeduld der familiären und sozialen Umgebung auf unerwünschte frühkindliche Verhaltensweisen kann vom Kind introjiert worden sein und zu einer rigorosen Selbstwahrnehmung geführt haben. In der Dimension Zeit und im Entwicklungsgedanken der Pädagogik können forcierte soziale Anpassungserwartungen relativiert und gestreckt werden. In solche zeitlichen Entwürfe können auch ärztliche und verhaltenstherapeutische Maßnahmen eingebettet werden, erhalten aber damit einen andern Stellenwert bzw. verlieren ihre Ausschließlichkeit. Vielleicht vermag

die Pädagogik damit Machbarkeitserwartungen von medizinischer und psychologischer Therapie durch Vorsicht und Behutsamkeit zu relativieren. Doch wie kann und soll eine solche Ergänzung oder Zusammenarbeit realisiert werden?

5. Konkrete Möglichkeiten des Zusammenwirkens

Unsere Suche gilt pädagogischen Einrichtungen oder Situationen, in denen sich Kooperationen zwischen Pädagogen, Psychologen und Medizinern bereits etabliert haben bzw. andeuten. Eine Situation, in der traditionell pädagogische, psychologische und medizinische Diagnosen durchgeführt werden – wenn auch meist mehr neben- als miteinander –, ist der Schuleintritt. Zu dieser Gelegenheit findet in nahezu allen Bundesländern eine ärztliche Begutachtung statt. Häufig ist diese allerdings in einer gewissen Routine erstarrt oder sehr subjektiv (PORTMANN 1988, S. 60ff.). Trotzdem sollte die Erkenntnis gewährleistet werden, ob ein Kind geistig, seelisch oder körperlich genügend entwickelt ist, um am Unterricht mit Erfolg teilnehmen zu können. In diesem Zusammenhang könnten auch Störungen einigermaßen systematisch erfaßt werden. Eine etablierte Kooperation von pädagogischen, psychologischen und medizinischen Fachleuten gibt es bisher allerdings nicht.

NICKEL (1982, S. 84) legte vor einiger Zeit ein ökopsychologisches Schulreifemodell vor, in dem die differenzierten Schülervoraussetzungen, die expliziten Schulbedingungen und das Umfeld des Schülers zusammen gesehen werden. Erst daraus ergibt sich bei ihm das Konstrukt „Schulreife“. Will man die somatischen, kognitiven und motivational-sozialen Voraussetzungen des Schülers nicht disparat nebeneinander stehen lassen, sondern ökologisch miteinander verbinden, müßte das auch institutionell und inhaltlich verknüpft werden. Hier bieten sich theoretische Überlegungen an, die über die gemeinsame Begutachtung von hyperkinetischen Kindern weit hinausgehen. Allerdings gibt es dazu bisher nur vage Andeutungen über die konkreten Realisierungsmöglichkeiten (NICKEL 1982, S. 56). Dabei wird an regionale Schulberatungseinrichtungen oder übergeordnete Gremien eines Schulbezirks gedacht, die auch Vorbereitungs- und Trainingsseminare für Lehrer durchführen sollten. Das Zusammenwirken von Lehrern, Schulpsychologen, Schulberatern und Schulärzten sei „anzustreben“. Es bleibt zu befürchten, daß beispielsweise die Einbindung der Schulärzte über das bisherige schulärztliche Gutachten hinaus kaum gelingen wird, bevor nicht andere institutionelle Vorgaben geschaffen wurden.

Der Systemgedanke findet auch in der allgemeinen Beratungsaufgabe der Schule Anwendung. RÜDIGER (1990, S. 27ff.) stellt dar, wie Lehrer, Beratungslehrer, Schulpsychologen und Institute oder universitäre Einrichtungen bei Schulproblemen oder auch bei Informationsweitergabe an Schüler und Eltern zusammenwirken können. Die Aufteilung der Funktionsträger wird von den spezifischen Aufgaben, aber auch von den vorhandenen Kompetenzen her definiert. Durch diese implizite Hierarchisierung ergeben sich Möglichkeiten, aber sicher auch Probleme. Bei diagnostischen Aufgaben, Lernhilfen und spezifischen Therapieverfahren sind ohne Zweifel Schulpsychologen dem Lehrer

überlegen, aber vielleicht nicht in der pädagogischen Sicht der Subjektivität des Schülers. Dieser besondere pädagogische Standpunkt – der von RÜDIGER erwähnt wird – aber muß verdeutlicht werden und mit ihm die Selbstsicherheit des Lehrers, dessen Verantwortung und Entscheidungsfähigkeit auch anzunehmen. Dazu wäre eine Erweiterung der pädagogischen Ausbildung für Lehrer anzustreben. Die medizinische Seite taucht in diesem Modell der Beratung nur ganz am Rande auf, nämlich in der Vermittlungsaufgabe der Fortbildungsakademien oder Universitäten mit den Gesundheitsämtern (ebd., S. 32 ff.). Ansonsten bleibt die somatische Seite ausgeklammert, wohl auch deshalb, weil ein realistisches Bild von Beratungsmöglichkeiten in der Schule gezeichnet werden soll. Wie sollten auch der spezialisierte Pädiater in der Klinik oder der niedergelassene Kinderarzt in die Schule geholt werden?

Derzeit scheint für diese Kontakte nur der informelle Weg offen zu stehen. Kinderärzte und -Fachärzte sind grundsätzlich an der Erweiterung ihrer Klientel interessiert. Insofern schätzen sie Verbindungen zur Schule, als abgebende oder zuweisende Institution, positiv ein. So sind Wünsche nach informellen Kontakten im beiderseitigen Interesse. Außerdem können bestehende Vorurteile – die aus unterschiedlicher Betrachtungsweise des Kindes, aber auch aus Vorbehalten von Ärzten gegenüber staatlichen, für rigide gehaltenen Institutionen gespeist werden – allmählich abgebaut werden. Wir haben in einem Modell „Beratung als vernetztes System“ (CZERWENKA 1986) „Informalität“ zum Prinzip erhoben und alle an einem Problem beteiligten Fachleute auf diese Weise einzubeziehen versucht. Die Motive für eine Mitarbeit in einem Arbeitskreis oder auch für eine einmalige oder mehrmalige Kontaktaufnahme unterschiedlicher Berufsgruppen liegen im Interesse des Einzelnen – sei es inhaltlicher, wirtschaftlicher oder sozialer Art – und im Abbau von Kontakt-hürden. So kann bei schwierigen, übergreifenden Fällen, wenn die eigenen Kompetenzgrenzen deutlich werden, unkompliziert der Rat eines Fachmannes aus dem angrenzenden Bereich eingeholt werden, ohne daß formale Behördengrenzen im Wege stehen. Trotzdem bedarf es für eine kontinuierliche Weiterarbeit, also einem wirklichen Austausch unterschiedlicher Standpunkte, mehr, d. h. einer weitertragenden Motivation, aber auch eines bestimmten Stils des Umgangs miteinander, um unterschiedliche Gesichtspunkte wirklich einbringen zu können.

Diese Suche nach einem Konzept für interprofessionelle Kooperation hat neuerdings HÜBER (1990) aufgegriffen. Auch für ihn besteht das Ziel, Schulschwierigkeiten besser begegnen zu können in der Zusammenarbeit von Pädagogen, Psychologen und Ärzten. Die Unzufriedenheit mit bisheriger Praxis hat einige Ärzte, Pädagogen (aus der Praxis und aus der Theorie) sowie Psychologen in Nürnberg veranlaßt, Behandlungsprobleme von Kindern mit Schulschwierigkeiten in einer gemeinsamen Gruppe zu diskutieren und nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Diese kooperierende Gruppe gab sich den Namen „Nürnberger Arbeitsgruppe“. Um allen Teilnehmern beim Verwirklichen des gemeinsamen Ziels zu helfen, sollte ein Kooperationskonzept gefunden werden. Dazu gehört die allgemeine Kennzeichnung der Gruppe, ein organisatorischer Rahmen, eine methodische Orientierung und die Strukturierung der gemeinsamen Arbeit (HÜBER 1990, S. 231). Die Gruppe trifft sich regelmäßig alle vier Wochen zu einer etwa drei Stunden dauernden Sitzung. In

den Zielen der Arbeit werden inhaltliche Ziele, also beispielsweise, was in der Kooperation erreicht werden soll, und Verfahrensziele unterschieden. Die kooperative Hilfe bei der Bearbeitung der Behandlungsschwierigkeiten zielt darauf ab, „möglichst alle medizinisch, psychologisch und pädagogisch relevanten Einflüsse und Ursachen für die jeweils isolierten Problembereiche in der Behandlungspraxis des Problemeinbringers zu finden, zu analysieren und Zusammenhänge so aufzuzeigen, daß sie vom hilfesuchenden Helfer bewertet werden können“ (ebd., S. 235). Daran knüpft sich die Frage, wieviel an medizinischen, psychologischen und pädagogischen Verfahren der Einzelne in seiner Behandlungspraxis umzusetzen vermag und wo er sich der praktischen Hilfe der Kollegen aus den anderen Fachdisziplinen bedienen muß.

Auch dieser Versuch bleibt letztlich eine Einzelunternehmung und an die Initiative konkreter Personen gebunden. Nur von deren Sachverstand, Engagement aber auch Kommunikationsfähigkeit kann die eigene Arbeit und die Hilfe für von Störungen betroffene Kinder leben. Von einer systematischen Form der Generierung und Weitergabe des Wissens, von heuristischen Regeln, wie paradigmatisch oder spezifisch sozialisierte Kompetenz entflochten werden kann, oder auch von rational-diskursiven Planungen bei der Behandlung der Störungen kann bei diesem Diskussionsstand nicht ausgegangen werden. Noch viel weniger kann zu diesem Zeitpunkt eine gezielte Kooperation betroffener Institutionen erwartet werden. Spezialisierungen in den Institutionen sind gesellschaftlich funktional, Grenzüberschreitungen führen deshalb zunächst zu Irritationen. Schule hat vornehmlich die Aufgabe, Kulturtechniken und gesellschaftliche Normen zu übermitteln, verbunden mit Bewertungs- und Ausleseprozessen, Psychotherapie nimmt sich individuell der Veränderung beeinträchtigender Persönlichkeitsstrukturen an und Medizin kümmert sich um körperliche Leiden. Hyperkinese aber hat eine körperliche Symptomatik mit sich daraus entwickelnden oder auch primären Verhaltensproblemen, die in der Regel die Aneignung der Kulturtechniken und die schulische Leistungsfähigkeit behindern. Wenn es uns gelingt, daß wir die jeweilige institutionelle Zuständigkeit zunächst vorurteilslos akzeptieren, daneben aber im Auge behalten, daß das betroffene Individuum nur dann eine kongruente Selbsteinschätzung realisieren kann, wenn die Rückmeldungen aus den jeweiligen Institutionen zumindest einigermaßen kompatibel sind, bildet sich die Zielrichtung im groben ab: Kooperation bei wechselseitiger Akzeptanz unter der Berücksichtigung funktionaler Eingebundenheit der beteiligten Institutionen. Daß wir in diesem Bemühen schon weit fortgeschritten sind, wird niemand behaupten können.

Literatur

- AUGUSTIN, A.: Ergotherapie bei hyperaktiven Kindern. In: FRANKE 1988, S. 43–70.
BARCHMANN, H./KINZE, W.: Kinder mit guten und schlechten Konzentrationsleistungen im Vergleich. Psychol. Erz. Unterr. 36 (1989), S. 229–232.
BARCHMANN, H./KINZE, W./ROTH, N.: Aufmerksamkeit und Konzentration im Kindesalter. Berlin 1991.
BERG, D.: Konzentrationsschwierigkeiten bei Schulkindern. In: Tests und Trends. Jahrbuch der pädagogischen Diagnostik. München 1987, S. 65–102.

- BERG, D.: Psychologische Grundlagen und Konzepte von Aufmerksamkeit und Konzentration. In: BARCHMANN u. a. 1991, S. 39–46.
- BIEDERMAN, J.: High rates of attention deficit disorders (ADD) and major depression in relatives of ADD probands: A controlled family study. Scientific proceedings of the annual meeting of the Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2 (1986), S. 25.
- BROCKE, B.: Zur Diagnose, Ätiologie und Therapie des Hyperkinese-Syndroms. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 33 (1984), S. 222–233.
- CAMMANN, R./SPIEL, G.: Neuropsychologische Grundlagen von Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen. In: BARCHMANN u. a. 1991, S. 11–26.
- COHEN, N. J.: Das hyperaktive Syndrom: Therapiekonzepte und Behandlungsverläufe. In: Z. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie 8 (1980), S. 407–424.
- CZERWENKA, K.: Beratung als „Vernetztes System“? In: Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit. 24/86. Nürnberg 1986, S. 6492–6496.
- DIETEL, B.: Besondere Schüler aus der Sicht des Teilleistungsmodells – Diagnose- und Förderklassen. Unveröff. Manuskript. München 1986.
- DOOSE, H. (Hrsg.): Aktuelle Neuropädiatrie. Stuttgart 1977.
- DORNETTE, W./EISELE, U.: Beitrag zur Diagnostik und Therapie „kognitiv impulsiver“ Kinder. In: DOOSE 1977, S. 162–167.
- DOUGLAS, V. I.: Attentional and cognitive problems. In: M. RUTTER (ed.): Developmental neuropsychology. Edinburgh 1984, S. 280–329.
- ECCLES, J. C./ROBINSON, D. N.: Das Wunder des Menschseins – Gehirn und Geist. 3. Aufl. München 1985.
- EISERT, H. G.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen bei hyperaktiv-aggressiven Kindern. In: FRANKE 1988, S. 71–81.
- EISERT, H. G./EISERT, M.: Multimodale Intervention – Verhaltenstherapie, pädagogische Ansätze und medikamentöse Behandlung beim hyperkinetischen Syndrom. In: STEINHAUSEN 1982, S. 144–165.
- EISERT, M./EISERT, H. G.: Zur Wirksamkeitseinschätzung eines integrierten Behandlungsprogramms für hyperaktive Kinder. In: H. REMSCHMIDT (Hrsg.): Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien. Stuttgart 1984, S. 215–226.
- FRANKE, U. (Hrsg.): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie. Berlin u. a. 1988.
- FROSTIG, M./MÜLLER, H. (Hrsg.): Teilleistungsstörungen. Ihre Erkennung und Behandlung bei Kindern. München 1981.
- GITTELMANN, R.; ABIKOFF, H.; POLLACK, F.; KLEIN, D. F.; KATZ, S.; MATTES, M.: A controlled trial of behavior modification and methylphenidate in hyperkinetic children. In: C. K. WHALEN and B. HENKER (Eds.): Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment. New York: A. P. 1980, S. 221–243.
- GRAICHEN, J.: Teilleistungsschwächen, dargestellt an Beispielen aus dem Bereich der Sprachbenutzung. In: Z. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie 1 (1973), S. 113–143.
- GRÜNEWALD-ZUBERBIER, E.: EEG-Arousal-Reaktionen bei hyperaktiven Kindern. Eine psychologische Studie. Habilitationsschrift, Universität Freiburg 1975.
- GUTEZEIT, G.: Desorganisationsformen des Lernens beim unruhigen Kind – heilpädagogische Aspekte. In: DOOSE 1977, S. 136–144.
- HÄNSEL, D.: Die „Physiologische Erziehung der Schwachsinnigen“. EDOUARD SÉGUIN (1812–1880) und sein Konzept einer medizinischen Pädagogik. Freiburg i. Br. 1974.
- HELLER, K./NICKEL, H. (Hrsg.): Psychologie in der Erziehungswissenschaft. Bd. 1–4. Stuttgart 1976–1978.
- HÜBER, H.-G.: Die Behandlung von Schulschwierigkeiten mittels interprofessioneller Arbeitsgruppen. Ein praktischer Diskurs zur Herleitung eines Kooperationskonzeptes. Dissertation. Lüneburg 1990.
- JUNA, J.: Sonderpädagogische Fördermaßnahmen an Volksschulen. Erziehung und Unterricht 135 (1985), S. 378–384.
- KEMPER, F.: Personenzentrierte Psychotherapie bei aggressiven Kindern. In: FRANKE 1988, S. 125–148.
- KINZE, W./BARCHMANN, H.: Konzentrationsfähigkeit und Konzentrationsstörungen bei Schulkindern. In: Psychol. Erz. Unterr. 37 (1990), S. 13–25.
- KINZE, W./BARCHMANN, H.: Therapie mit Psychopharmaka und ihre Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren. In: BARCHMANN u. a. 1991.

- KIPHARD E.: Mototherapie. Bd. 1 u. 2. Dortmund 1983.
- KLAUER, J. (Hrsg.): Handbuch der pädagogischen Diagnostik. Bd. 2. Düsseldorf 1978.
- KLEBER, E. W.: Konzentration. In: KLAUER 1978, S. 395–401.
- KORNMANN, R./MÜLLER, H.-P.: Förderdiagnostik im Schulkindergarten. In: K. HELLER/H. NICKEL (Hrsg.): Modelle und Fallstudien zur Erziehungs- und Schulberatung. Bern 1982.
- LEMP, R.: Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Bern 1970.
- LEMP, R.: Teilleistungsstörungen im Kindesalter. Bern 1979.
- LOMPSCHE, J. (Hrsg.): Persönlichkeitsentwicklung in der Lerntätigkeit. Berlin 1987.
- LOU, H. C./HENRIKSEN, L./BRUHN, P.: Focal cerebral hypoperfusion in children with dysphasia and/or attention deficit disorder. Arch. Neurol. 41 (1984), S. 825–829.
- MAHONEY, M. J.: Cognition and behavior modification. Cambridge: Ballinger 1974.
- MARTINIUS, J.: Das „hyperkinetische Syndrom“. Verhaltensschema, Befunde, Spekulationen. In: DOOSE 1977, S. 127–135.
- MARTINIUS, J.: Psychopharmakologisch-experimentelle Studien beim hyperkinetischen Syndrom. In: H. CH. STEINHAUSEN (Hrsg.): Das konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind. Stuttgart 1982, S. 43–51.
- MEICHENBAUM, D. H.: Kognitive Verhaltensmodifikation. München 1979.
- MILZ, I.: Die Bedeutung der Montessori-Pädagogik für die Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen. In: Praxis d. Kinderpsychol. und Kinderpsychiatrie 30 (1981), S. 298–304.
- MILZ, I.: Heilpädagogik in der Grundschule. In: H.-A. HERCHEN (Hrsg.): Texte zur Pädagogik 1. Frankfurt a. M. 1984, S. 35–48.
- MINDE, K.: Katamnestische Untersuchungen hyperaktiver Kinder. In: DOOSE 1977, S. 144–151.
- MINDE, K./COHEN, N.: Hyperactive children in Canada and Uganda. A comparative evaluation. In: J. Am. Acad. Child Psychiatry 17 (1978), S. 476ff.
- MONTESORI, M.: Selbsttätige Erziehung im frühen Kindesalter. Stuttgart 1928.
- NICKEL, H.: Schuleingangsberatung auf der Grundlage eines ökopyschologischen Schulreifemodells. In: K. HELLER/H. NICKEL (Hrsg.): Modelle und Fallstudien der Schul- und Erziehungsberatung. Bern 1982.
- PORTMANN, R.: Hilfen zur Förderung eines jeden Kindes – Diagnostik beim Eintritt in die Schule. In: R. PORTMANN (Hrsg.): Kinder kommen zur Schule. Frankfurt a. M. 1988, S. 59–75.
- RADIG, W.: Lesenlernen ohne Versagen? Ein Grundschulversuch zum Problem der Legasthenie. Hannover 1978.
- ROTH, N./SCHLOTTKE, P. F.: Psychophysiologische Aspekte der Aufmerksamkeit und ihrer Störungen. In: BARCHMANN u. a. 1991, S. 27–38.
- ROTHENBERGER, A.: Klassifikation und neurobiologischer Hintergrund des hyperkinetischen Syndroms (HKS). In: FRANKE 1988, S. 5–26.
- RÜDIGER, D./KORMANN, A./PEEZ, H.: Schuleintritt und Schulfähigkeit. München und Basel 1976.
- RÜDIGER, D.: Beratung in der Schule: Aufgaben für Lehrer, Beratungslehrer und Schulpsychologen. In: N. GREWE (Hrsg.): Beratungslehrer – eine neue Rolle im System. Neuwied und Frankfurt a. M. 1990, S. 27–36.
- SCHULER, M.: Die Stellung des Menschen im Kosmos. 6. Aufl. Bern 1962.
- SCHLACK, H. G.: Unruhige Kinder in der kognitiven Leistungssituation. In: DOOSE 1977, S. 155–162.
- SCHLOTTKE, P. F.: Verhaltenstherapie bei aufmerksamkeitsgestörten Kindern. In: BARCHMANN u. a. 1991, S. 158–169.
- SINDELAR, D.: Verhindern von Teilleistungsschwächen. In: F. SEDLAK/B. SINDELAR: Hurta, ich kann's. Wien 1983.
- SPIEL, G./ZSIFKOVITS, CH.: Zur Diagnostik wahrnehmungsabhängiger Aufmerksamkeitsleistungen. In: BARCHMANN u. a. 1991, S. 121–130.
- SPRAGUE, R. L./SLEATER, E. K.: Methylphenidate in hyperactive children: Differences in dose effects on learning and social behavior. In: Science 198 (1977), S. 1274–1276.
- STEINHAUSEN, H.-CH. (Hrsg.): Das konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind. Stuttgart 1982.
- STEINHAUSEN, H.-CH.: Das konzentrationsgestörte und hyperaktive Kind – eine klinische Einführung. In: STEINHAUSEN 1982, S. 11–25.

- WAGNER, I.: Therapieorientierte Diagnostik schulrelevanter Aufmerksamkeit. In: H. BOMMERT/M. HOCKEL (Hrsg.): Therapieorientierte Diagnostik. Stuttgart 1981, S. 147–170.
- WAGNER, I.: Konzentrationstraining bei impulsiven und „trödelnden“ Kindern. In: STEINHAUSEN 1982, S. 166–179.
- WAGNER, I.: Entwicklungspsychologische Grundlagen. In: BARCHMANN u. a. 1991, S. 47–80 (a).
- WAGNER, I.: Möglichkeiten der Förderung. In: BARCHMANN u. a. 1991, S. 184–197 (b).
- WALTHER, B.: Nahrungsphosphat und Verhaltensstörung im Kindesalter. Ergebnisse einer kontrollierten Diätstudie. In: STEINHAUSEN 1982, S. 111–143.
- WENDER, P. H.: Minimal brain dysfunction. New York: Wiley 1971.
- WENDER, P. H.: Minimal brain dysfunction syndrom in children. In: Journal of Nervous and Mental Disease 155 (1972), S. 55–71.
- WENDER, P. H.: Das hyperaktive Kind. Ravensburg 1976.
- WESTHOFF, K.: Das Akku-Modell der Konzentration. In: BARCHMANN u. a. 1991, S. 47–55.
- ZAMETKIN, A./NORDAHL, T./GROSS, M. et al.: Brain metabolism in hyperactive parents of hyperactive children. Scientific proceedings of the annual meeting of the Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2 (1986), S. 23.
- ZDARZIL, H.: Pädagogische Anthropologie. 2. Aufl. Graz/Wien/Köln 1978.

Abstract

Lack of concentration, missing motorial control, and the aggressive social behavior of students rank high among the problems of schooling and instruction. The author tries to deal with several symptoms both historically and systematically, aiming at a comprehensive conception. Education, medicine, and psychology, being the disciplines concerned, analyze the problems differently and propagate different ways of solving them. In doing so, each special discipline experiences its own limits regarding its perspective and its method of dealing with the problems. The differences as well as possibilities of integration are pointed out in a general overview. In a final chapter, the author considers possibilities of better cooperation between the different fields.

Anschrift des Autors:

Prof. Dr. Kurt Czerwenka, Universität Lüneburg, Institut für Schul- und Hochschulforschung, Wilschenbrucherweg 27, 21335 Lüneburg